

DIW Diskussionspapiere Discussion Papers

Diskussionspapier Nr. 240

Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050

von
Erika Schulz¹⁾, Reiner Leidl²⁾ und Hans-Helmut König²⁾

Berlin, Januar 2001

¹⁾ DIW Berlin

²⁾ Universität Ulm, Abteilung Gesundheitsökonomie

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin
Königin-Luise-Str. 5, 14195 Berlin
Phone: +49-30-89789- 0
Fax: +49-30-89789- 200
Internet: <http://www.diw.de>
ISSN 1433-0210

Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle

Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050

Erika Schulz*, Reiner Leidl** und Hans-Helmut König**

Berlin, im Januar 2001

Contact Address:

Dr. Erika Schulz
German Institute for Economic Research (DIW)
Königin-Luise-Str. 5
14195 Berlin
Phone +49-30/897 89-303
email: eschulz@diw.de

Prof. Dr. Reiner Leidl
University of Ulm
Department of Health Economics
89069 Ulm
Phone: +49-731/5031030
e-mail: reiner.leidl@mathematik.uni-ulm.de

Dr. Hans-Helmut König
University of Ulm
Department of Health Economics
89069 Ulm
Phone: + 49-731/5031039
e-mail: hans-helmut.koenig@mathematik.uni-ulm.de

* DIW Berlin.

** Universität Ulm, Abteilung Gesundheitsökonomie.

Abstract

Impact of demographic development on the number of cases in nursing care

Estimations for 2020 with a perspective on 2050

In general, demographic development is expected to increase the number of cases needing nursing care. In order to explore the possible dynamics in this area, this paper employs a demographic model of the DIW which integrates among others a steadily increasing life expectancy. Grouping by sex, age and intensity of nursing care, the model calculates in advance the number of nursing cases. Calculations include patients both from the statutory and from the private nursing care insurance. According to the calculations presented, the number of patients needing nursing care is expected to increase by 52 % or by one million cases by 2020. By the year 2050, the number of patients needing nursing care will reach 4.7 million cases which increases the current level by a factor of 2.5.

As the number of cases needing intensive or most intensive nursing care will increase more than the number of cases just needing significant nursing care, the average intensity in care needed will grow. Need for care and assistance will thus grow more dynamically than the number of cases.

Demographic factors alone make the need for inpatient nursing care increase more strongly than that for outpatient assistance. This trend is further pushed forward by the changing structure of families and households, by the increasing participation of women in the labour market and by increasing age of those family members who render nursing care.

The increase in the number of cases needing nursing care does not only challenge social security. More than that, the increase in demand for outpatient care as well as for partly or full inpatient nursing care makes up a significant potential for new employment. This potential can be realised by setting the respective framework conditions. Even if there is political consensus for an increase in private insurance of the risk of nursing care, the contribution rate to the statutory nursing care insurance currently fixed at 1.7 % of income will definitely be insufficient. Additionally, it is necessary to increase the valuation of employment in nursing care; only then qualified personnel may be recruited for the respective positions.

Zusammenfassung

Von der demographischen Entwicklung wird allgemein eine Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger erwartet. Um die mögliche Dynamik in diesem Bereich aufzuzeigen, wird mit Hilfe des DIW-Bevölkerungsmodells, das u.a. die weiterhin steigende Lebenserwartung modelliert, die Zahl der Pflegefälle differenziert nach Geschlecht, Altersgruppen und Schweregrad der Pflegebedürftigkeit vorausberechnet. Die Zahl der Pflegefälle umfasst hier sowohl die Leistungsempfänger aus der sozialen als auch aus der privaten Pflegeversicherung. Nach den hier vorgelegten Berechnungen dürfte die Zahl Pflegebedürftiger bis 2020 um 52 % oder rund 1 Million steigen. Im Jahre 2050 wird die Zahl der Pflegebedürftigen mit 4,7 Millionen das 2,5fache des heutigen Niveaus erreichen.

Da die Zahl der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen stärker steigt als die der „Erheblich Pflegebedürftigen“, wird sich der Grad der durchschnittlichen Pflegebedürftigkeit erhöhen. Der Versorgungs- und Betreuungsbedarf weist damit ein dynamischeres Wachstum auf als die Zahl der Pflegefälle. Bereits rein demographisch bedingt wird die Nachfrage nach stationären Pflegediensten stärker steigen als nach ambulanter Betreuung. Diese Tendenz wird durch die veränderten Familien- und Haushaltsstrukturen, die weiterhin steigende Erwerbsbeteiligung der Frauen sowie die Alterung der familiären Pflegekräfte verstärkt.

Die Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger stellt nicht nur für die soziale Sicherung eine Herausforderung dar, die Nachfragesteigerung nach ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegediensten eröffnet auch merkliche Beschäftigungspotentiale. Diese gilt es durch entsprechende Rahmenbedingungen zu erschließen. Auch wenn es einen politischen Konsens für eine stärkere private Absicherung des Pflegerisikos geben sollte, wird der heute auf 1,7 % festgeschriebene Beitragssatz keinesfalls ausreichen. Erforderlich ist zudem eine Aufwertung der Pflegediensttätigkeiten, um qualifiziertes Personal für die entsprechenden Berufsfelder gewinnen zu können.

Schlagworte: Demographische Alterung, Pflegebedürftige, Beschäftigungseffekte, Vorausschätzung für 2020

Keywords: Ageing population, Long-term care, potential of new employment, estimations for 2020

Vorbemerkungen

Die demographische Alterung wird vor allem mit Blick auf die Finanzentwicklung der sozialen Sicherungssysteme mit Sorge betrachtet. Das DIW hat im letzten Herbst gezeigt, welche Auswirkungen die demographische Entwicklung auf die Versorgungsstrukturen im Krankenhausbereich haben könnte.¹ Nach diesen Berechnungen würde die Gesamtzahl der Krankenhausfälle – konstante Versorgungsquoten unterstellt - um 16 % bis 2020 und 21 % bis 2050 steigen. Insbesondere bei den alten und sehr alten Menschen (75 Jahre und älter) ist ein starker Anstieg der Zahl der Krankenhausfälle zu erwarten, der nach den Berechnungen bei rund 80 % bis 2020 und fast 190 % bis 2050 liegen würde. Da im Alter häufiger als in jüngeren Altersjahren Akuterkrankungen auftreten, die in vielen Fällen nach der Akutversorgung zu einem weiteren Pflegebedarf führen (beispielsweise Schlaganfall), weist bereits die Zunahme der Akuterkrankungen auf eine wachsende Zahl Pflegebedürftiger hin. Einen größeren Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, im Alter pflegebedürftig zu werden, hat jedoch die Kumulation von Erkrankungen über den Lebenslauf, die schließlich zur Multimorbidität führen. Zu nennen ist hier die Zunahme chronischer Krankheiten, die im Alter zwar nicht Akuterkrankungen mit Krankenhauseinweisungen, aber stetig zunehmende Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zur Folge haben. Hinzu kommen – vor allem bei den sehr alten Menschen - altersbedingte Funktionseinschränkungen sowie psychische Störungen und dementielle Erkrankungen, die eine selbständige Lebensführung häufig unmöglich machen. Auch wenn das Altwerden nicht per se gleichzusetzen ist mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit, dürfte die Zunahme der Zahl, insbesondere der sehr alten Menschen, einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung und die Struktur der Pflegefälle haben.

Um einen Eindruck davon zu gewinnen, welchen Einfluss die demographische Alterung auf die Zahl der Pflegefälle haben könnte, wird im Folgenden mit Hilfe der DIW-Bevölkerungsvorausschätzung und konstanter Pflegefallwahrscheinlichkeiten die Entwicklung in diesem Bereich aufgezeigt. Pflegebedürftige werden häufig zu Hause von Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten gepflegt. Pflegenden sind zum weit überwiegenden Teil die (Ehe)Frauen, Töchter oder Schwiegertöchter. Die bereits seit längerem zu beobachtenden Veränderungen in den Haushalts- und Familienstrukturen sowie die zunehmende Erwerbstä-

¹ Vgl. Auswirkungen der demographischen Alterung auf den Versorgungsbedarf im Krankenhausbereich – Modellrechnungen bis zum Jahre 2050. Bearb.: Erika Schulz, Hans-Helmut König und Reiner Leidl. In: Wochenbericht des DIW, Nr. 44/2000, S. 739-759.

tigkeit der Frauen dürften somit auch Auswirkungen auf den Kreis der Personen haben, die potentiell für die häusliche Pflege zur Verfügung stehen. Dies dürfte über den rein demographischen Effekt hinaus einen Einfluss auf die erforderlichen Pflegestrukturen haben. Auch hierauf soll im Folgenden eingegangen werden.

Ausgangssituation

Vor sechs Jahren wurde die Pflegeversicherung als „fünfte Säule“ der sozialen Sicherung eingeführt. Die Pflegeversicherung hat vornehmlich die Ziele, die finanziellen Risiken bei Pflegebedürftigkeit abzumildern und damit die Notwendigkeit der Inanspruchnahme von Sozialhilfe möglichst zu vermeiden, pflegende Familienangehörige sozial besser abzusichern und den Aufbau einer Pflegeinfrastruktur zu fördern. Seit dem 1.1.1995 sind Beiträge zu dieser Pflichtversicherung, die zurzeit rund 80 Millionen Personen gegen die finanziellen Risiken der Pflegebedürftigkeit teilweise absichert, zu entrichten.² Der Beitragssatz ist gesetzlich auf 1,7 % der beitragspflichtigen Einnahmen festgelegt (§ 55 SGB XI). Leistungen für den ambulanten Bereich können seit dem 1.4.1995, für die stationäre Versorgung seit dem 1.7.1996 bezogen werden. Die Pflegeversicherung ist keine Vollversicherung. Sind Personen als pflegebedürftig anerkannt, erhalten diese je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit (drei Pflegestufen) und Unterbringung (ambulant/stationär) Geld und/oder Dienst- bzw. Sachleistungen bis zu festgelegten Höchstgrenzen.³ Die Abgrenzung, wer pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches XI ist, welche Voraussetzungen für die einzelnen Pflegestufen vorliegen müssen und welche Beträge geleistet werden, sind in der Übersicht zusammengefasst.

Vor der Einführung der Pflegeversicherung reichte das Einkommen von Pflegebedürftigen häufig nicht aus, um die Kosten für die stationäre Unterbringung auszugleichen. In diesen Fällen wurden die Kinder und Enkel zur Mitfinanzierung herangezogen. Reichten die finanziellen Leistungen dennoch nicht aus, wurde Hilfe zur Pflege aus der Sozialhilfe gewährt. Mit der Einführung der Pflegeversicherung konnte die Sozialhilfe wirksam entlastet werden. 1995 bezogen noch 580 000 Personen Hilfe zur Pflege; ihre Zahl ging bis 1998 auf 289 000 zurück

² Wer gesetzlich oder privat krankenversichert ist, muss eine Pflegeversicherung abschließen. Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung werden in der sozialen Pflegeversicherung nichterwerbstätige Ehegatten und Kinder (bis zu einem gewissen Alter) beitragsfrei mitversichert. In der privaten Pflegeversicherung darf der Beitrag zur Familienversicherung höchstens 150 % des normalen Beitrages betragen.

³ In der privaten Pflegeversicherung werden nur Geldleistungen gezahlt, die jedoch denen der entsprechenden Sachleistungen gleich sein müssen.

(Tabelle 1). 1999 ist nach ersten Auswertungen der Sozialhilfestatistik die Zahl der Sozialhilfeempfänger unter den Pflegebedürftigen wieder um rund 1,6 % gestiegen.⁴ Dass trotz der Pflegeversicherung Pflegebedürftige Sozialhilfe beziehen müssen, ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Sozialhilfe weiter gefasst ist und die Leistungen der Pflegeversicherung – insbesondere im stationären Bereich – wesentlich geringer sind als die Pflegekosten. Da die Leistungen der Pflegeversicherung nicht automatisch dynamisiert werden, führen bereits tarifbedingte Personalkostensteigerungen im stationären Bereich zu einer Vergrößerung der Schere zwischen Pflegekosten und Leistungen der Pflegeversicherung. Angesichts des festgeschriebenen Beitragssatzes von 1,7 % der beitragspflichtigen Einkommen kann auch nicht mit einer merklichen Erhöhung der Leistungen der Pflegeversicherung gerechnet werden. Deshalb dürfte sich die Zahl der Pflegebedürftigen, die zusätzlich Hilfe zur Pflege beziehen, künftig weiter erhöhen.

Ende 1999 erhielten rund 1,83 Millionen Personen Leistungen aus der sozialen und 0,1 Millionen Personen Leistungen aus der privaten Pflegeversicherung (Tabelle 2). Mit 1,35 Millionen wird der größte Teil der Pflegebedürftigen ambulant oder teilstationär betreut, 0,58 Millionen Personen werden vollstationär versorgt. Seit der Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Zahl der Leistungsbezieher fast verdoppelt. Dies ist zum einen auf die Ausdehnung der Leistungen auf den stationären Bereich zum 1.7.1996 und zum anderen auf Besonderheiten der Einführungsphase (anfänglich zurückhaltendes Antragsverhalten, Zeit zwischen Antragstellung und Bewilligung) zurückzuführen. In der Zwischenzeit dürfte sich jedoch der „Antragsstau“ im Wesentlichen abgebaut haben,⁵ so dass im Prinzip jeder, der Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung haben könnte, diese auch beantragt hat.

In der sozialen Pflegeversicherung können Pflegebedürftige, die zu Hause oder teilstationär betreut werden, zwischen Geld- und Sachleistungen wählen. Es ist auch eine Kombination beider Leistungsarten möglich. Obwohl die Geldleistungen für selbst beschaffte häusliche Pflegepersonen geringer ausfallen als bei der Inanspruchnahme professioneller Pflegekräfte, entscheidet sich die überwiegende Zahl der Pflegebedürftigen für das Pflegegeld. Dies kann

⁴ Vgl. Paul-Jürgen Schiffer: Stellungnahme für die Anhörung zum Reformbedarf der Pflegeversicherung am 25. September 2000 in Berlin der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages, S. 5. Abgedruckt in: Deutscher Bundestag: Anhörung der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ „Reformbedarf der Pflegeversicherung“ am 25. September 2000, Kapitel „Statement der Experten“, Berlin, November 2000.

⁵ Ende 1999 gab es in der sozialen Pflegeversicherung etwa 168 000 noch nicht erledigte Anträge. Vgl. Bundesarbeitsblatt 10/2000, S. 147.

damit erklärt werden, dass die meisten Pflegebedürftigen in der gewohnten Umgebung von ihnen vertrauten Personen betreut werden möchten und ein Rückgriff auf professionelle Pflegekräfte erst dann in Betracht gezogen wird, wenn die Betreuung durch Familienangehörige oder Freunde nicht im erforderlichen Maße möglich ist. Der Anteil der ausschließlichen Pflegegeldbezieher ist jedoch zwischen 1995 und 1999 zurückgegangen. Zugenommen hat demgegenüber der Anteil der Pflegebedürftigen, die Kombinationsleistungen erhalten, also sowohl häusliche familiäre Pflege als auch professionelle Hilfe.

In der sozialen Pflegeversicherung waren 1999 rund 48 % der Pflegebedürftigen in die Pflegestufe I, 38 % in die Pflegestufe II und 14 % in die Pflegestufe III eingeordnet. In der privaten Pflegeversicherung war der Anteil der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I und II mit jeweils rund 40 % gleich hoch. Mit 20 % waren deutlich mehr Personen als in der sozialen Pflegeversicherung der Pflegestufe III zugeordnet. Obwohl drei Viertel der Pflegebedürftigen der Pflegestufe I ambulant versorgt werden, ist in der Vergangenheit der Anteil stationär versorgter Pflegebedürftiger der Pflegestufe I gestiegen. Dies ist teilweise darauf zurückzuführen, dass sich der Anteil der sehr alten Pflegebedürftigen erhöht hat. Dies könnte aber zudem bereits ein Hinweis auf die veränderten innerfamiliären Pflegepotentiale sein, da eine stationäre Unterbringung nachrangig ist, also erst dann in Betracht kommt, wenn eine häusliche Pflege nicht mehr im erforderlichen Umfang gewährleistet werden kann.

Rund 70 % der Pflegebedürftigen sind 70 Jahre und älter. Knapp die Hälfte von ihnen ist zwischen 80 und 90 Jahre alt. Der Anteil der 90-jährigen und älteren Pflegebedürftigen ist im Laufe der Zeit gestiegen; 1999 betrug er in der sozialen Pflegeversicherung fast 15 % und in der privaten Pflegeversicherung 19 %. Generell sind die Leistungsempfänger in der privaten Pflegeversicherung im Durchschnitt älter als in der sozialen Pflegeversicherung.

Wie bereits die Altersstruktur der Leistungsbezieher zeigt, hängt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein bzw. zu werden, stark vom Alter ab. Bezieht man die Leistungsempfänger der Pflegeversicherung (sozial und privat) 1999 auf die Bevölkerung in den jeweiligen Altersgruppen, so liegt das Risiko der Pflegebedürftigkeit (Prävalenzrate) bis zum 60. Lebensjahr unter einem Prozent, steigt dann bis zum 70. Lebensjahr auf 2,1 % und bis zum 80. Lebensjahr auf 9,5 % (Tabelle 3). Ab dem 80. Lebensjahr ist ein merklicher Teil von Pflegebedürftigkeit betroffen: Zwischen dem 80. und 85. Lebensjahr sind rund ein Fünftel, zwischen dem 85. und 90. Lebensjahr über ein Drittel und ab dem 90. Lebensjahr 58% der Personen pflegebedürftig. Pflegebedürftigkeit betrifft somit vornehmlich die alten und sehr alten Perso-

nen. Ab dem 70. Lebensjahr liegt die Prävalenzrate der Frauen über derjenigen der Männer. Angesichts der höheren Lebenserwartung und damit der stärkeren Besetzung in den höchsten Altersjahren gilt dies insbesondere für die Gruppe der 90-Jährigen und Älteren.

Mit Blick auf die Alterung der Bevölkerung wird eine Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger erwartet. Wie hoch dieser Zuwachs demographisch bedingt ausfallen könnte, wird hier mit Hilfe des Bevölkerungsmodells des DIW und der Leistungsempfängerstatistik der sozialen und privaten Pflegeversicherung ermittelt.

Methodisches Vorgehen und Annahmen

Grundlage der Berechnungen bildet die Variante II B der Bevölkerungsvorausschätzung des DIW aus dem Jahre 1999.⁶ Bei dieser Variante wird von einem nahezu konstanten Geburtenniveau, einer weiteren Erhöhung der Lebenserwartung auf 81,4 Jahre bei den Männern und auf 86,4 Jahre bei den Frauen sowie einem durchschnittlichen jährlichen Wanderungssaldo von 260 000 ausgegangen. Unter diesen Annahmen wird die Einwohnerzahl Deutschlands von 82,2 Millionen Ende 1999 bis zum Jahre 2010 auf rund 82,5 Millionen steigen und anschließend bis 2020 in etwa wieder auf das Ausgangsniveau sinken (Tabelle 4). Nach 2020 nimmt die Einwohnerzahl rapide ab. Im Jahr 2050 werden rund 73 Millionen Personen in Deutschland leben.

Da die Betroffenheit von Pflegebedürftigkeit erst ab dem 70. Lebensjahr merklich wird, ist die Bevölkerungsentwicklung insbesondere in diesen Altersjahren von Interesse. Die Zahl der 70-Jährigen und Älteren wird bis 2020 um 4,8 Millionen und anschließend bis 2050 um weitere 6,4 Millionen steigen. Prozentual wird der Zuwachs innerhalb dieser Altersgruppe bis 2020 mit rund 170 % bei den 80- bis 85-Jährigen und im Zeitraum 2020 bis 2050 mit rund 160 % bei den 90-Jährigen und Älteren am größten sein. Insgesamt ist in den am stärksten von Pflegebedürftigkeit betroffenen Altersgruppen der Zuwachs bis 2050 mit rund 280 % (80- bis 85-Jährige), 240 % (85- bis 90-Jährige) und 410 % (90-Jährige und Ältere) beträchtlich.

Die Veränderung der Zahl Pflegebedürftiger hängt neben der Bevölkerungsentwicklung von der Wahrscheinlichkeit ab, pflegebedürftig zu werden. Ein übliches Verfahren zur Bestimmung künftiger Entwicklungspfade ist die Analyse der Entwicklung in der Vergangenheit und

⁶ Vgl. Zur langfristigen Bevölkerungsentwicklung in Deutschland – Modellrechnungen bis 2050. Bearb.: Erika Schulz. In: Wochenbericht des DIW, Nr. 42/99, S. 745-757.

eine Fortschreibung des Trends unter Berücksichtigung erkennbarer Veränderungen in den relevanten Einflussgrößen. Detaillierte Angaben über die Struktur der Pflegebedürftigkeit liegen erst seit der Einführung der Pflegeversicherung, also nunmehr für die Jahre 1995 bis 1999, vor. Da insbesondere in den Anfangsjahren die Struktur der Leistungsempfänger noch durch Sondereinflüsse verzerrt war, kommen für eine Analyse lediglich die Jahre 1998 und 1999 in Betracht.⁷ Eine zeitreihengestützte Analyse der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit ist somit nicht möglich.

Unter den Einflussgrößen der Pflegebedürftigkeit dürfte – wie bei der Entwicklung der Krankenhausfälle – der medizinisch-technische Fortschritt eine bedeutende Rolle spielen. Als Ursachen von Pflegebedürftigkeit kommen in Betracht:

- eine angeborene Behinderung,
- Akuterkrankungen mit bleibenden Einschränkungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (beispielsweise Schlaganfall, Unfälle),
- Kumulation von Erkrankungen im Lebensverlauf (chronisch-degenerative Erkrankungen, Multimorbidität),
- altersbedingte physische Funktionseinschränkungen,
- altersbedingte psychische und dementielle Erkrankungen.

Medizinisch-technischer Fortschritt kann auf allen genannten Ebenen zur Verhinderung von Erkrankungen und/oder zu Veränderungen im Krankheitsverlauf führen. Im Alter und insbesondere im hohen Alter ist die Pflegebedürftigkeit jedoch nicht auf eine Ursache allein zurückzuführen, sondern sie ergibt sich aus dem Zusammenwirken verschiedener alters- und krankheitsbedingter Ursachen. Das Vorherrschen von Multimorbidität, Demenz und altersbedingten Funktionseinschränkungen lässt vermuten, dass Pflegebedürftigkeit auch bei medizinisch-technischem Fortschritt nicht verhindert werden kann.

Die Diskussion, in welcher Weise eine Erhöhung der Lebenserwartung die Morbidität im Alter verändert, wurde ausführlich im Wochenbericht über die Entwicklung des Krankenhausversorgungsbedarfs abgehandelt.⁸ Einige Studien sprechen dafür, dass mit der steigenden Le-

⁷ Zwischen 1998 und 1999 hat sich der Anteil der Pflegebedürftigen insgesamt um 5 % erhöht. Insbesondere in den höheren Altersklassen sind die Prävalenzraten weiter merklich gestiegen: Bei den 85- bis unter 90-Jährigen um 1,2 %-Punkte und bei den 90-Jährigen und Älteren um 1,5 %-Punkte.

⁸ Vgl. Auswirkungen der demographischen Alterung, ..., a.a.O., S. 747 ff.

benserwartung eine Verkürzung der Krankheitsphasen vor dem Tod stattgefunden hat.⁹ Dies könnte bedeuten, dass Pflegebedürftigkeit erst zu einem späteren Zeitpunkt eintritt.¹⁰ Da jedoch die Hauptursachen der Pflegebedürftigkeit nicht in einer Krankheit an sich, sondern in den altersbedingten Funktionseinschränkungen (körperlich und psychisch) zu sehen sind, und die Pflegebedürftigkeit in einem wesentlich höheren Alter merklich wird als (Akut)Erkrankungen bei alten Menschen, ist zweifelhaft, ob eine Verkürzung der Morbiditätsphase im gleichen Maße zu einer Verkürzung der Pflegebedürftigkeitsphase führt. Heutzutage leben Frauen im Durchschnitt sechs Jahre länger als Männer. Die längere Lebenserwartung ist aber verbunden mit einer deutlich höheren Betroffenheit von Pflegebedürftigkeit in den höheren Altersklassen. Dies dürfte eher für die These sprechen, dass eine Verlängerung der Lebenserwartung die Pflegebedürftigkeit erhöht.

Inwieweit sich dies künftig durch innovative Behandlungsmethoden ändern könnte, ist ungewiss. Pflegebedürftigkeit im Alter ist zum Teil genetisch bedingt, ergibt sich andererseits jedoch durch die Einflüsse im Lebensverlauf (Lebensgewohnheiten, Belastungen, Krankheiten etc.).¹¹ Ein Großteil der potentiell Pflegebedürftigen des Jahres 2020 ist heute 50 Jahre und älter. Diese Personengruppe ist somit einerseits bereits durch die Einflüsse in der Vergangenheit geprägt. Andererseits dürfte eine Verringerung der Pflegewahrscheinlichkeit dieser Personengruppe mit davon abhängen, inwieweit neue medizinische Behandlungsmethoden noch für diese Altersgruppe erschlossen werden können. Generell werden an die Bio- und Gentechnik hohe Erwartungen gestellt. Längerfristig mögen die Hoffnungen berechtigt sein, kurzfristig dürften die Auswirkungen jedoch eher gering ausfallen, da nach möglichen medizinischen Innovationen auch noch die Dauer bis zur Ausreifung, Testung und Verbreitung wirksamer Behandlungsmethoden zu berücksichtigen ist.

⁹ Vgl. beispielsweise Thomas Klein und Reiner Unger: Aktive Lebenserwartung in der Bundesrepublik. In: Das Gesundheitswesen, 1999, S. 168-178; Thomas Klein: Soziale Determinanten der aktiven Lebenserwartung. In: Zeitschrift für Soziologie, Heft 6, 1999, S. 448-464; J.F. Fries: Compression of morbidity in the elderly. In: Vaccine, 2000, Heft 16, S. 1584-1589.

¹⁰ Auch die Sachverständigenkommission für den dritten Altenbericht spricht sich gegen die Auffassung aus, dass mit einer dramatischen Ausweitung der Gebrechlichkeit mit zunehmender Langlebigkeit der Bevölkerung zu rechnen ist. Vgl. Bundesministerium für Familie, Frauen und Jugend (Hrsg.). Dritter Altenbericht 2001, S. 24.

¹¹ Vgl. Hans-Christian Mager: Pflegebedürftigkeit im Alter: Dimensionen und Determinanten. In: Roland Eisen und Hans-Christian Mager (Hrsg.): Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in ausgewählten Ländern, Opladen 1999, S. 30-77, hier insbesondere S. 32 f.

Es ist somit ungewiss, inwieweit technischer Fortschritt in Diagnostik und Therapie zur Reduzierung der Pflegewahrscheinlichkeit und zur Verkürzung der Pflegebedürftigkeitsphasen beiträgt. Um sich dennoch ein Bild davon zu machen, mit welcher Entwicklung der Pflegefälle aufgrund der demographischen Alterung zu rechnen wäre, werden hier die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegefallquoten differenziert nach Pflegestufen und ambulanten/teilstationären sowie vollstationären Bereich des Jahres 1999 über den Vorausberechnungszeitraum konstant gehalten. Dies entspricht der Vorgehensweise, die bereits bei der Vorausberechnung des Versorgungsbedarfs im Krankenhausbereich angewendet wurde.

Die Pflegefallquoten werden auf der Grundlage der Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung ermittelt. Dies hat den Vorteil, dass mit diesen Statistiken detaillierte Angaben über die anerkannten Pflegebedürftigen vorliegen. Nachteilig ist, dass nicht alle Pflegebedürftigen erfasst sind. Nach dem Pflegeversicherungsgesetz müssen Pflegebedürftige Einschränkungen bei den im Gesetz aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens aufweisen und Hilfe bei der Haushaltsführung in einem bestimmten zeitlichen Ausmaße benötigen. Pflegebedürftige, die Hilfe vornehmlich bei nicht im Gesetz aufgeführten Verrichtungen oder bei den aufgeführten Verrichtungen nicht im erforderlichen zeitlichen Umfang brauchen, werden vom medizinischen Dienst der Krankenkassen nicht als Pflegebedürftige im Sinne des Gesetzes anerkannt. Sie sind somit nicht in der Leistungsempfängerstatistik enthalten, obwohl im Prinzip Pflegebedürftigkeit vorliegt. Insbesondere in Bezug auf die Demenzkranken wird kritisiert, dass der im Gesetz verankerte Verrichtungskatalog, aber auch der Leistungskatalog die Bedürfnisse dieser Personengruppe nicht genügend berücksichtigt.¹² Dies soll jedoch durch eine geplante Gesetzesänderung künftig wesentlich verbessert werden.

Im Rahmen einer Untersuchung über die Wirkungen der Pflegeversicherung wurde eine Befragung privater Pflegehaushalte durchgeführt. Von diesen Pflegehaushalten gaben rund 15 % an, dass ihr Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung abgelehnt worden sei, und rund 10 % hatten keinen Antrag bei der Pflegeversicherung gestellt.¹³ Auch im stationären Bereich

¹² Vgl. Deutscher Bundestag: Anhörung der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ „Reformbedarf der Pflegeversicherung“ am 25. September 2000, Kapitel „Statement der Experten“, Berlin, November 2000.

¹³ Vgl. Ulrich Schneekloth und Udo Müller: Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 127, Baden-Baden 2000, S. 7. Bezogen auf das Jahresende 1997 lebten rund 263 000 Personen in privaten Haushalten, deren Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung abgelehnt wurde, obwohl sie nach eigenen Angaben pflegebedürftig sind. Von diesen Personen weisen 26 % psychische Veränderungen auf (S. 48). Etwa ein Viertel der psychisch Veränderten konnte sich „draußen nicht mehr zurechtfinden“. Dies sind – wiederum bezogen auf Ende 1997 – etwa 17 100 Personen (S. 50).

gab es rund 12 % Pflegebedürftige, die in der Pflegestufe 0 eingestuft waren, also keine Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen.¹⁴ Damit dürfte ein nicht unerheblicher Teil der Pflegebedürftigen – zumindest zurzeit – nicht in der Leistungsstatistik erfasst sein.¹⁵ Die geplante Gesetzesänderung für Demenzzranke wird zu einer Ausweitung des Berechtigtenkreises führen und damit den Anteil der bislang nicht erfassten Pflegebedürftigen verringern.

Während somit eine Vorausberechnung mit konstanten Prävalenzraten die Pflegefälle angesichts des medizinischen Fortschritts überschätzen könnte, dürfte die Begrenzung auf die Leistungsempfänger in der heutigen Abgrenzung zu einer deutlichen Unterschätzung der Zahl Pflegebedürftiger führen. Hinzu kommt, dass bei der Pflegeversicherung die Eingriffsmöglichkeiten durch den Gesetzgeber größer zu sein scheinen als im Krankenhausbereich, über dessen Versorgungsauftrag weitgehend Einigkeit besteht und der eine langfristige Stabilität aufweist. So wird bereits heute von Arbeitgeberseite gefordert, den Kreis der Leistungsempfänger auf die Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen zu beschränken.¹⁶ Pflegebedürftige mit geringeren Einschränkungen sollten sich gegen die finanziellen Risiken privat absichern. Aber auch wenn es zu einer solchen Änderung in der Definition der Leistungsempfänger kommen sollte, bleibt die Tatsache der Pflegebedürftigkeit erhalten. Eine Vorausschätzung in der gegenwärtigen Abgrenzung würde somit eher auf den Tatbestand „Pflegebedürftigkeit“ abstellen und nicht auf die Leistungsempfänger aus der Solidargemeinschaft.

Alterung führt zu einer drastischen Zunahme Pflegebedürftiger

Unter den genannten Annahmen wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2020 von 1,93 Millionen (1999) auf 2,94 Millionen zunehmen (Tabelle 5). Dies ist eine Steigerung um rund eine Million oder bezogen auf die Pflegebedürftigen von 1999 um rund 52 %. Die durchschnittliche Wachstumsrate beträgt im Zeitraum 1999 bis 2020 rund 2 %. Von 2020 bis

¹⁴ Vgl. ebenda, S. 133. Bezogen auf Ende 1997 lebten 67 000 Personen in Heimen mit der Pflegestufe 0. 15 % – also rund 10 000 – dieser Bewohner wurden von der Pflegeleitung als psychisch erheblich gestört eingestuft (S. 136).

¹⁵ Durch die im Gegensatz zur Abgrenzung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Sozialhilfe strengeren Voraussetzungen für die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen des SGB XI sind schätzungsweise 465 000 Personen aus der Pflegeversicherung ausgegrenzt worden. Vgl. Harry Fuchs: Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ zum Thema „Reformbedarf der Pflegeversicherung“, S. 6. Abgedruckt in: Deutscher Bundestag, ..., a.a.O.

¹⁶ Vgl. Eugen Müller: Stellungnahme der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände zur öffentlichen Sachverständigenanhörung der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages zum Thema „Reformbedarf der Pflegeversicherung“ am 25. September 2000 in Berlin, S. 4. Abgedruckt in: Deutscher Bundestag, ..., a.a.O.

2050 wird die Zahl Pflegebedürftiger nochmals um 1,8 Millionen zunehmen. Dies entspricht in diesem Zeitraum einem jährlichen Wachstum von 1,6 %. Bis 2050 ist somit insgesamt mit einer Steigerung um 145 % zu rechnen.

Die hier ermittelte Zahl Pflegebedürftiger liegt merklich über den Ergebnissen anderer Vor- ausrechnungen. So geht der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen¹⁷ von einem Anstieg der Leistungsempfänger in der sozialen Pflegeversicherung bis 2020 auf 2,4 Millionen aus, während hier ein Anstieg auf rund 2,8 Millionen bei diesem Leistungsempfängerkreis ermittelt wurde. Noch deutlicher fällt der Unterschied im Jahre 2040 aus: der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen rechnet mit 2,9 Millionen Leistungsempfängern, hier sind es rund 3,9 Millionen. Auch Rothgang/Vogler weisen eine deutlich geringere Zahl der Leistungsempfänger in der sozialen Pflegeversicherung aus: Je nach Variante liegt die Zahl im Jahre 2020 zwischen 2 Millionen und 2,2 Millionen, im Jahre 2040 zwischen 2,3 Millionen und 2,8 Millionen.¹⁸ Frohwitter, deren Ergebnisse sich nur auf das frühere Bundesgebiet beziehen, weist für 2020 unter 2 Millionen und für 2040 rund 2,7 Millionen Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung aus.¹⁹ Hof errechnet für das Jahr 2040 je nach unterstellter Sterblichkeitsentwicklung zwischen 2,6 Millionen und 3,1 Millionen und für 2050 zwischen 2,8 Millionen und 3,1 Millionen Pflegefälle.²⁰ Die Unterschiede zu den hier vorgelegten höheren Ergebnissen beruhen einerseits auf unterschiedlichen Annahmen bei den Determinanten der Bevölkerungsentwicklung – insbesondere in Bezug auf die Lebenserwartung - und andererseits auf der Verwendung neuer, stärker differenzierter und umfassender Prävalenzraten.

Welchen Einfluss unterschiedliche Annahmen bezüglich der Sterblichkeit auf die Zahl der Pflegefälle haben, soll beispielhaft anhand einer Berechnung mit einer um rund 5 Jahre geringeren Lebenserwartung (im Jahre 2020) aufgezeigt werden. Grundlage bildet die Variante

¹⁷ Vgl. Peter Pick: Stellungnahme für die Anhörung zum Reformbedarf der Pflegeversicherung am 25. September 2000 in Berlin der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages, S. 2 f. Abgedruckt in: Deutscher Bundestag, ..., a.a.O.

¹⁸ Vgl. Heinz Rothgang und Anke Vogler: Die zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2040 und ihre Einflußgrößen. ZeS-Arbeitspapier, Nr. 6/97, Bremen 1997.

¹⁹ Vgl. Iris Frohwitter: Die gesetzliche Pflegeversicherung unter dem Einfluß der Altersstrukturverschiebung. In: Eberhard Wille (Hrsg.): Entwicklung und Perspektiven der Sozialversicherung, Baden-Baden 1999, S. 199-229.

²⁰ Vgl. Bernd Hof: Auswirkungen und Konsequenzen der demographische Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, PKV-Dokumentation 24, Köln, Januar 2001, S. 195.

II A aus der Bevölkerungsvorausschätzung des DIW.²¹ Bei dieser niedrigen Lebenserwartung steigt die Zahl der Pflegefälle bis 2020 auf 2,7 Millionen und bis 2050 auf 3,3 Millionen. Dies sind im Jahre 2020 0,2 Millionen und im Jahre 2025 1,4 Millionen Pflegefälle weniger als bei der hier in der Untersuchung zugrunde gelegten Sterblichkeit. Die Unterschiede in den Sterblichkeitsannahmen wirken sich umso stärker auf die Zahl und Struktur der Pflegefälle aus, je länger der Blick in die Zukunft gerichtet wird.²²

Bei den hier vorgelegten Berechnungen wird sich bereits in den nächsten zwanzig Jahren die Altersstruktur der Pflegebedürftigen hin zu den Älteren verschieben. 1999 waren 18 % der Pflegebedürftigen unter 60 Jahre alt und 15 % 90 Jahre und älter. Im Jahre 2020 werden rund 11 % unter 60 Jahre und 19 % mindestens 90 Jahre alt sein. Der Anteil der 80-Jährigen und Älteren insgesamt wird von 49 % auf 62 % steigen. Gravierend wird die Verschiebung in der Altersstruktur nach 2020 sein. Im Jahre 2050 werden rund 30 % der Pflegebedürftigen 90 Jahre und älter sein. Zählt man die 80- bis unter 90-Jährigen hinzu, so erhöht sich der Anteil auf 77 %. Absolut wird bis zum Jahr 2020 die Zahl der 80- bis unter 85-jährigen Pflegebedürftigen um rund 400 000, die Zahl der 85- bis unter 90-jährigen Pflegebedürftigen um 200 000 und die Zahl der 90-jährigen und älteren Pflegebedürftigen um 270 000 steigen. Im Zeitraum 2020 bis 2050 beträgt der Zuwachs bei den 80- bis unter 85-Jährigen 260 000, bei den 85- bis unter 90-Jährigen 700 000 und bei den 90-Jährigen und Älteren 830 000.

Betrachtet man die Entwicklung nach dem Grad der Behinderung, so wird der stärkste Zuwachs bis 2020 mit 55 % für die Schwerpflegebedürftigen der Pflegestufe II erwartet, während sowohl die Personenzahl in der Pflegestufe I (Erheblich Pflegebedürftige) als auch die Zahl der Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III) um jeweils rund 50 % zunehmen (Tabelle 6). Demographisch bedingt ist der Zuwachs in allen Pflegestufen bei den Männern höher als bei den Frauen. In den darauf folgenden Jahren bis 2050 verschieben sich die Strukturen nochmals. Zwar ist auch hier die Zunahme in der Pflegestufe II mit 66 % am höchsten, aber auch die Zahl Schwerstpflegebedürftiger steigt um gut 63 %, während die Zahl der Personen in der Pflegestufe I um 56 % wächst. In der Pflegestufe III ist die Zunahme bei den Frauen im Gegensatz zum Zeitraum 1999 bis 2020 wieder höher als bei den Männern. Absolut betrachtet

²¹ In der Variante A der Sterblichkeitsentwicklung steigt die Lebenserwartung der Männer auf 75,5 Jahre und die der Frauen auf 81,7 Jahre. Vgl. zur langfristigen Bevölkerungsentwicklung ..., a.a.O., S. 749 ff.

²² So fällt prozentual der Anstieg der Pflegefälle bis zum Jahr 2050 bei der geringeren Lebenserwartung lediglich halb so hoch aus wie bei einer um 5 Jahre längeren Lebenserwartung. Auch der Anteil der Hochbetagten (85 Jahre und älter) ist bei einer geringeren Lebenserwartung im Jahre 2050 mit 47,2 % gegenüber 57,6 % bei der höheren Lebenserwartung deutlich geringer.

wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2020 in der Pflegestufe I um 460 000, in der Pflegestufe II um rund 410 000 und in der Pflegestufe III um etwa 140 000 zunehmen (Abbildung).

Angesichts der unterschiedlichen Dynamik wird die Bedeutung der Erheblich Pflegebedürftigen (Pflegestufe I) im Vorausberechnungszeitraum abnehmen und das Gewicht der Schwerpflegebedürftigen steigen, bei einem fast gleich bleibenden Anteil Schwerstpflegebedürftiger. Bis 2020 verringert sich der Anteil Pflegebedürftiger der Pflegestufe I von 47,3 % auf 46,8 %, und der Anteil der Pflegestufe II steigt von 38,4 % auf 39,1 %. Bis 2050 wird die Anteilsverschiebung noch deutlicher: Während die Pflegestufe I auf einen Anteil von 45,4 % fällt, steigt der Anteil der Pflegestufe II auf 40,3 %. Der Anteil der Pflegestufe III beträgt wie 1999 14,3 %. Damit wird aufgrund der demographischen Alterung nicht nur die Zahl der Pflegefälle zunehmen, sondern es steigt auch der Grad der durchschnittlichen Pflegebedürftigkeit. Der Versorgungsbedarf steigt somit stärker als die Fallzahlen.

Dies kommt auch darin zum Ausdruck, dass die Nachfrage nach vollstationärer Betreuung dynamischer wächst als nach ambulanter oder teilstationärer Versorgung. Bis 2020 wird die Zahl der Heimbewohner um 57 %, die Zahl der ambulanten Pflegefälle um 50 % zunehmen. Im Zeitraum 2020 bis 2050 wird sich die Schere in den Anforderungen zwischen ambulanter und vollstationärer Pflege weiter öffnen: Im vollstationären Bereich wird mit einem Zuwachs von 73 %, im ambulanten Bereich von 56 % gerechnet. Damit steigt nicht nur der Grad der durchschnittlichen Pflegebedürftigkeit, sondern auch der Anteil stationär versorgter Pflegebedürftiger. Dies bedeutet, dass bereits demographisch bedingt die Nachfrage nach professioneller außerfamiliärer Hilfe stärker zunehmen wird als die Zahl der Pflegefälle.

Allein im stationären Bereich wird die Zahl der Heimbewohner bis 2020 um 330 000 und bis 2050 um weitere 570 000 zunehmen. Bei einer durchschnittlichen Betreuungsrelation von 2,8 Pflegefällen je fest angestellter Betreuungskraft²³ sind hier merkliche Beschäftigungspotentiale in diesem qualifizierten Bereich erschließbar. Hinzu kommen die Beschäftigungspotentiale beim hauswirtschaftlichen und Verwaltungspersonal. Zurzeit beträgt die Zahl dieser Arbeitskräfte rund ein Drittel des Betreuungspersonals. Insgesamt dürften sich – die gegenwärtigen Relationen unterstellt – bis 2020 die Beschäftigungspotentiale auf rund 160 000 und bis 2050 auf weitere 280 000 Personen belaufen. Berücksichtigt man, dass es eine Verschiebung von den Erheblich Pflegebedürftigen zu den Schwerpflegebedürftigen gibt und der Zeitauf-

²³ Summe aus Pflegekräften und therapeutischem Personal. Vgl. Ulrich Schneekloth und Udo Müller, ..., a.a.O., S. 168.

wand allein für die Grundpflege in der Pflegestufe II fast doppelt so hoch ist wie bei der Pflegestufe I (Tabelle 7), dann dürften sich deutlich höhere Beschäftigungsmöglichkeiten ergeben. So könnten bis zum Jahre 2050 über eine halbe Million Arbeitsplätze in diesem Bereich der Pflege geschaffen werden. Der Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger ist somit nicht allein – wie vielfach in der öffentlichen Diskussion geäußert – als „Belastung“ und als Herausforderung an die soziale Sicherung zu sehen, sondern auch als Chance zu begreifen, die sich in diesem Bereich ergebenden Beschäftigungspotentiale zu nutzen.

Die Erschließung solcher Beschäftigungspotentiale setzt jedoch voraus, dass die Gesellschaft bereit ist, entsprechende Ressourcen zur Verfügung zu stellen. In diesem Zusammenhang ist auch ein Konsens darüber herzustellen, welcher Teil der Pflegekosten von welchen Institutionen oder Personen zu tragen ist. Bereits heute liegen die Erstattungen im Rahmen der Pflegeversicherung im stationären Bereich zum Teil weit unter den Pflegekosten. Erfolgt hier keine Dynamisierung, so dürfte ein zunehmend größerer Kreis Pflegebedürftiger wieder auf die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe angewiesen sein. Da das Wachstum der beitragspflichtigen Einkommen vermutlich geringer sein wird als die Zunahme des Pflegebedarfs, ist langfristig ein Beitragssatz von 1,7 % nicht zu halten. Betrachtet man allein die soziale Pflegeversicherung und lässt die Ausgabenstruktur des Jahres 1999 konstant, so werden ausschließlich aufgrund der demographischen Entwicklung die Ausgaben bis 2020 um 54 % steigen, während die Zahl der Pflegefälle um 52 % zunimmt.²⁴

Bereits rein demographisch bedingt wird sich die Nachfrage nach Pflegeleistungen stärker erhöhen als die Fallzahl und sich die Struktur hin zur stationären Versorgung verschieben. Dieser Trend könnte durch die Veränderungen in den Familienstrukturen und durch die zunehmende Erwerbsbeteiligung der Frauen verstärkt werden.

²⁴ Für 1999 liegen die Zahl der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten (also Geldleistungen, Sachleistungen, Kombileistungen usw.) und Pflegestufen sowie die Ausgaben insgesamt nach Leistungsarten vor. Vgl. Bundesarbeitsblatt 10/2000, S. 147. Lässt man die Inanspruchnahmestruktur der Leistungsarten differenziert nach Pflegestufen konstant und überträgt diese Strukturen auf die Leistungsempfänger 2020, so erhält man die Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen für 2020. Multipliziert mit den durchschnittlichen Ausgaben je Leistungsart und Pflegestufe lassen sich die Gesamtausgaben ermitteln. Der so ermittelte Wert stellt eher eine Untergrenze dar. Da die Inanspruchnahme von vergleichsweise teuren Sachleistungen mit dem Alter der Pflegebedürftigen steigt, die Altersstruktur hier aber direkt keinen Eingang in die Berechnungen gefunden hat, dürften die Ausgaben insgesamt stärker steigen als hier berechnet. Hinzu kommt die Verlagerung zu den professionellen Diensten aufgrund der veränderten Familienstrukturen. Vgl. zu den beantragten Leistungen nach Altersgruppen auch Alexander Wagner und Lothar Lürken: Pflegebericht des Medizinischen Dienstes - Berichtszeitraum 1998, Essen 2000.

Auswirkungen veränderter Familienstrukturen und zunehmender Frauenerwerbsbeteiligung

Pflegebedürftige, die in Privathaushalten leben, werden nach wie vor vornehmlich durch Familienangehörige betreut: Zu über 90 % sind Familienangehörige hauptverantwortlich für die Pflege und die Hilfe bei der Haushaltsführung (Tabelle 8). 80 % der Pflegepersonen sind Frauen.²⁵ In der weit überwiegenden Zahl sind dies die Töchter oder Schwiegertöchter (33 %), die Ehefrauen (20 %) oder Mütter (11 %). Fast 70 % der Pflegepersonen sind im erwerbsfähigen Alter: 15 % sind unter 40 Jahre, 53 % zwischen 40 und 64 Jahre alt. Von diesen Pflegepersonen sind lediglich 16 % mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig, mit 64 % geht die weit überwiegende Zahl keiner Erwerbstätigkeit nach. Dies liegt sicherlich daran, dass die Pflege und Versorgung alter Menschen mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden ist. Im Durchschnitt ist eine Hauptpflegeperson rund 46 Stunden in der Woche mit den entsprechenden Aufgaben beschäftigt; dies wird von 83 % der Pflegenden als stark oder sogar sehr stark belastend empfunden.

In der Vergangenheit haben in Westdeutschland meist die eher familienzentrierten Frauen nach der Phase der Kindererziehung die Betreuung pflegebedürftiger Familienangehöriger übernommen.²⁶ Im Laufe der Zeit hat sich jedoch der Anteil der Frauen, die sich mit dem Leitbild der Hausfrau und Mutter identifizieren konnten, merklich reduziert. Es wird für Mütter in Westdeutschland zunehmend selbstverständlich, erwerbstätig zu sein und eine familienbedingte Unterbrechungsphase möglichst kurz zu halten.²⁷ Allein von 1992 bis 1999 hat sich die Erwerbsbeteiligung verheirateter Frauen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in Westdeutschland um 10 % erhöht (Tabelle 9). Insbesondere in den hier relevanten Altersgruppen ab dem 40. Lebensjahr ist die Zunahme merklich. 1999 waren von den 40- bis unter 50-jährigen Frauen bereits drei Viertel erwerbstätig.

Es wird damit gerechnet, dass der Trend der zunehmenden Erwerbsbeteiligung in Westdeutschland anhält: Zum einen sinkt der Anteil der eher familienzentrierten Frauen mit drei und mehr Kindern, und der Anteil der kinderlosen Frauen, die bereits in der Vergangenheit

²⁵ Vgl. dazu und zu den folgenden Annahmen Ulrich Schneekloth und Udo Müller, ..., a.a.O., S. 52 ff.

²⁶ Erika Schulz: Demographische Alterung und Entwicklung der Frauenerwerbsbeteiligung. In: Evelyn Grünheid und Charlotte Höhn (Hrsg.): Demographische Alterung und Wirtschaftswachstum, Wiesbaden 1999, S. 89-107.

²⁷ Vgl. Ellen Kirner und Erika Schulz: Das "Drei-Phasen-Modell" der Erwerbsbeteiligung von Frauen - Begründung, Norm und empirische Relevanz. In: Notburga Ott und Gert Wagner (Hrsg.): Familie und Erwerbstätigkeit im Umbruch, DIW-Sonderheft 148, Berlin 1992, S. 17-55.

eine hohe Erwerbsbeteiligung aufwiesen, steigt weiter. Zum anderen bleiben immer mehr Mütter erwerbstätig oder kehren nach einer kürzer werdenden familienbedingten Unterbrechungsphase in die Erwerbstätigkeit zurück. Es wird damit gerechnet, dass die Erwerbsbeteiligung der 15- bis unter 65-Jährigen bis 2020 insgesamt um nochmals 7 % zunimmt. In der Altersgruppe der 40- bis unter 50-jährigen Frauen werden dann mehr als vier von fünf Frauen erwerbstätig sein. Damit sinkt der Anteil der Hausfrauen in diesen Altersgruppen und somit auch das Potential der familiären Pflegekräfte.

In Ostdeutschland war die Erwerbsbeteiligung der Frauen dem sozialistischen Leitbild entsprechend fast so hoch wie die der Männer.²⁸ Obwohl die Erwerbsbeteiligung in den letzten Jahren gesunken ist, liegt sie weiterhin deutlich über dem westdeutschen Durchschnitt. Es wird angenommen, dass sich die Verhaltensweisen bis 2020 an das gestiegene westdeutsche Niveau angeglichen haben werden. Nicht nur das Erwerbsverhalten hat sich in der Vergangenheit unterschieden, auch auf den Eintritt der Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen waren die Reaktionen in Bezug auf die eigene Erwerbstätigkeit zwischen West- und Ostdeutschland merklich anders. Während ostdeutsche Frauen zu 43 % unverändert ihrer Erwerbstätigkeit nachgingen und lediglich 11 % wegen des Eintritts eines Pflegefalles ihre Erwerbstätigkeit aufgaben, blieben in Westdeutschland nur 26 % der Frauen unverändert erwerbstätig und 17 % gaben ihre Erwerbstätigkeit auf (Tabelle 10). Auch hier könnten sich künftig Veränderungen im Verhalten sowohl in West- als auch in Ostdeutschland ergeben.

Das DIW hat die Entwicklung des Arbeitskräfteangebotes unter verschiedenen Annahmen zu Wanderungen und der Erwerbsbeteiligung bis 2050 vorausgeschätzt.²⁹ Da die Berechnungen differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht durchgeführt wurden, liegt sowohl die Zahl der erwerbstätigen Frauen als auch der Hausfrauen für die hier relevanten Altersgruppen vor. Bei der auch in diesem Bericht unterstellten Bevölkerungsentwicklung und der Altersgrenze für den regulären Rentenbeginn von 65 Jahren³⁰ wird sich in Deutschland der Anteil der nichterwerbstätigen Frauen im Alter von 40 bis unter 65 Jahren von fast 41 % 1999 auf 38 % im Jahre 2020 verringern (Tabelle 11). Anschließend wird der Anteil der Nichterwerbstätigen

²⁸ Vgl. Vereintes Deutschland - geteilte Frauengesellschaft? Bearb.: Ellen Kirner, Erika Schulz und Juliane Roloff. In: Wochenbericht des DIW, Nr. 41/90, S. 575-582; Stille Reserve wichtig für die Arbeitsmarktflexibilität in Deutschland. Bearb.: Elke Holst und Jürgen Schupp. In: Wochenbericht des DIW, Nr. 29/00, S. 465.

²⁹ Vgl. Migration und Arbeitskräfteangebot in Deutschland bis 2050. Bearb.: Erika Schulz. In: Wochenbericht des DIW, Nr. 48/2000, S. 809-817.

³⁰ Variante II B der Bevölkerungsvorausschätzung und einem Rentenzugangsalter für den Bezug der Altersrente von 65 Jahren. Vgl. Migration und Arbeitskräfteangebot ..., a.a.O., S. 812 f.

wieder auf 40 % im Jahre 2050 steigen. 53 % der ambulanten Pflegebedürftigen werden von Personen im Alter von 40 bis unter 65 Jahren betreut. In diesem Alter sind dies fast ausschließlich Frauen. 34 % werden von Nichterwerbstätigen und 19 % von Erwerbstätigen dieses Alters betreut.

Mit Hilfe dieser Angaben lassen sich „Betreuungsquoten“ errechnen. Im Jahre 1999 waren von den 40- bis unter 65-jährigen Frauen 5,2 % mit der Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger beschäftigt, bezogen auf die Erwerbstätigen waren es rund 3 % und von den Hausfrauen waren es rund 8 %. Im Jahre 2020 würden – bei konstanten Anteilen der 40- bis unter 65-Jährigen an den Pflegepersonen - insgesamt 7,3 % der Frauen in dieser Altersgruppe mit familiären Pflegeaufgaben beschäftigt sein: 12,2 % der Hausfrauen und rund 4 % der erwerbstätigen Frauen. Im Jahre 2050 müsste – wenn die Relationen des Jahres 1999 konstant gehalten werden – insgesamt fast jede sechste Frau im Alter von 40 bis unter 65 Jahren eine Pflegeperson betreuen. Von den Hausfrauen würde jede Vierte mit Pflegeaufgaben befasst sein, von den Erwerbstätigen jede Zehnte. Berücksichtigt man zudem, dass auch der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit zunimmt, dann wird die potentiell stark zunehmende Belastung dieser Frauen noch deutlicher. Ob für eine solch große Zahl von Frauen die Möglichkeit und Bereitschaft zur Pflege von Familienangehörigen besteht, ist fraglich. Vielmehr ist damit zu rechnen, dass die Nachfrage nach professionellen Pflegekräften und nach teilstationärer Pflege steigen wird.

Die Nachfrage nach außerfamiliären Pflegediensten dürfte umso höher ausfallen, je stärker sich die bereits in der Vergangenheit beobachteten Veränderungen in den Familien- und Haushaltsstrukturen auf die Pflegemöglichkeiten innerhalb der Familie auswirken. Angesichts der steigenden Scheidungsraten hat sich der Anteil Alleinerziehender merklich erhöht. Dies sind in der weit überwiegenden Zahl Frauen. Da das durchschnittliche Alter der Frauen bei der Geburt von Kindern rund 28 Jahre beträgt, hat ein Großteil der Frauen im Alter von 40 bis unter 65 Jahren noch Kinder im Haushalt. Zudem sind Alleinerziehende häufig auf das Einkommen aus Erwerbstätigkeit angewiesen. Dies erschwert die Möglichkeit, Pflegeaufgaben innerhalb der Familie zu übernehmen. Hinzu kommt, dass der Anteil der Mehrgenerationenhaushalte stark abgenommen hat. Eltern und Kinder leben in getrennten Haushalten, was bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit der Eltern oder eines Elternteils dann problematisch sein kann, wenn die Entfernung zwischen den Wohnungen groß ist. Die geforderte zunehmende Flexibilität und Mobilität der Arbeitskräfte könnte hier zusätzlich die Pflegemöglichkeiten einschränken.

Im Gegensatz zu den vermutlich sinkenden Pflegepotentialen von Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter steigt die Zahl der 65-Jährigen und Älteren, die potentiell Pflegeleistungen erbringen könnten. 1998 waren rund ein Drittel der Pflegepersonen 65 Jahre und älter. Hierbei handelte es sich vorwiegend um die (Ehe)Partner, die die Betreuungs- und Versorgungsaufgaben übernommen haben. 22 % der Pflegebedürftigen in Privathaushalten lebten allein, rund 27 % lebten mit ihrem Ehepartner in einem 2-Personen-Haushalt. In der Vergangenheit war ein Großteil der Einpersonen-Haushalte alter Menschen auf die kriegsbedingten Einflüsse zurückzuführen. Dieser „Kriegerwitwenefekt“ wird sich in nächster Zeit abgebaut haben. Bereits im Zeitraum 1991 bis 1998 ist der Anteil der Verwitweten unter den 70- bis unter 85-Jährigen zurückgegangen (Tabelle 12). „Nachwachsen“ wird eine Generation Älterer, die gemeinsam alt werden.³¹ Deshalb wird damit gerechnet, dass sich der Anteil der Paarhaushalte³² unter den Älteren künftig erhöht. Damit steigt die Möglichkeit, im Bedarfsfalle vom Partner betreut zu werden.

Während somit das Pflegepotential der Jüngeren abnehmen dürfte, könnte sich das der Älteren erhöhen. Hinzu kommt, dass zunehmend mehr Männer zwar nicht direkte Pflegeleistungen, jedoch mittelbar mit der Pflege zusammenhängende Aufgaben übernehmen.³³ Dennoch dürfte es sowohl aufgrund der sich stark ändernden Betreuungsrelation bei den jüngeren Pflegepersonen als auch aufgrund der Alterung der Pflegepersonen³⁴ zu einer stärkeren Inanspruchnahme professioneller Pflegedienste kommen. Künftig dürften vermehrt Sach- und Kombileistungen nachgefragt werden.³⁵ Dies dürfte nicht nur dazu führen, dass die Ausgaben für die Pflegeleistungen im ambulanten Bereich stärker steigen als die Zahl der Pflegefälle. Auch dies bringt zusätzliche Beschäftigungspotentiale mit sich.

Gegenwärtig werden von den ambulant Pflegebedürftigen zu 81 % Geldleistungen (also Leistungen für familiäre Pflegedienste) und zu 19 % Sachleistungen (also Leistungen für professionelle ambulante Pflegekräfte) nachgefragt, wobei die Kombileistungen je zur Hälfte auf

³¹ So geht auch Hullen in seiner Lebensformen-Modellrechnung davon aus, dass bis 2040 der Anteil alleinlebender älterer Frauen sinkt. Vgl. BMFSFJ (Hrsg.): Dritter Altenbericht, a.a.O., S. 174.

³² Ehepaare und Nichteheliche Lebensgemeinschaften.

³³ Vgl. Brigitte Beck, Gerhard Naegele, Monika Reichert und Ursula Dallinger: Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 106/1, Stuttgart 1997, S. 7 ff.

³⁴ Wegen des zunehmenden Anteils Älterer an den Pflegekräften wird sich das Durchschnittsalter der Pflegepersonen erhöhen.

³⁵ Vgl. hierzu auch die Übersicht.

Geld- und Sachleistungen umgerechnet wurden.³⁶ Nach einer Schätzung von Schneekloth und Müller werden durchschnittlich rund 9,6 Pflegefälle je Vollzeitarbeitskraft von ambulanten Pflegediensten im Rahmen der Pflegeversicherung betreut.³⁷ Für 1999 wären somit rund 27 000 Pflegekräfte mit diesen Tätigkeiten beschäftigt gewesen.³⁸ Würde die Relation von Sach- zu Geldleistungen bei 19 : 81 bestehen bleiben, müsste die Zahl der ambulanten Vollzeitpflegekräfte bis 2020 auf 40 100 steigen, um den Versorgungsbedarf zu decken. Bis zum Jahre 2050 würde der Bedarf an Vollzeitpflegekräften auf 62 400 steigen. Eine Verlagerung von den Geld- zu den Sachleistungen, wie sie hier erwartet wird, lässt den Bedarf an Vollzeitpflegekräften höher ausfallen. Verändert sich die Relation auf 25/75 – wie sie gegenwärtig für die Pflegestufe III gegeben ist –, so steigt der Personalbedarf bis 2020 auf 52 800 Pflegekräfte und bis 2050 auf 82 200 Pflegekräfte. Da in diesem Bereich vielfach Teilzeitkräfte und geringfügig Beschäftigte tätig sind, dürften die Beschäftigtenpotentiale pro Kopf gerechnet weitaus höher ausfallen. Die erwarteten strukturellen Veränderungen des Pflegepersonenpotentials dürften nicht nur zu einer stärkeren Nachfrage nach ambulanten Pflegediensten und teilstationärer Betreuung führen, sondern werden vermutlich in einigen Fällen eine stationäre Unterbringung erfordern. Dies wird dann unvermeidlich, wenn eine familiäre Betreuung nicht oder nicht im erforderlichen Umfange gewährleistet werden kann. Angesichts des zunehmenden Grades der durchschnittlichen Pflegebedürftigkeit auch im ambulanten Bereich könnte für Schwer- und Schwerstpflegebedürftige eine stationäre Unterbringung vermehrt erforderlich sein.

Fazit

Aufgrund der demographischen Alterung wird die Zahl der Pflegebedürftigen merklich steigen, bis 2020 um über 50 %. Da das stärkste Wachstum bei den Schwerpflegebedürftigen erwartet wird, wird sich der Grad der durchschnittlichen Pflegebedürftigkeit erhöhen. Damit steigt der Versorgungs- und Betreuungsbedarf stärker als die Zahl der Pflegefälle. Angesichts der veränderten Familien- und Haushaltsstrukturen und der Alterung der familiären Pflege-

³⁶ Vgl. Bundesarbeitsblatt 10/2000, S. 147.

³⁷ Vgl. Ulrich Schneekloth und Udo Müller, ..., a.a.O., S. 114.

³⁸ Die tatsächliche Zahl der Beschäftigten bei den ambulanten Diensten ist weit größer als die hier hypothetisch ermittelte Zahl, da von solchen Pflegediensten nicht nur Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung erbracht werden (z.B. fahrbarer Mittagstisch) und ein Großteil der Arbeitskräfte in Teilzeitarbeit oder geringfügig beschäftigt ist.

personen wird die Nachfrage nach professionellen Pflegekräften und teilstationärer Betreuung stärker steigen als die Zahl der ambulanten Pflegefälle. Zudem findet demographisch bedingt eine Verschiebung hin zur stationären Versorgung statt. Die Zunahme der Nachfrage nach ambulanten und stationären Pflegediensten eröffnet in diesem Bereich Beschäftigungspotentiale, die es zu erschließen gilt. Gefordert ist auch künftig eine qualitativ hochwertige Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen. Dafür sind bereits jetzt die Weichen zu stellen. Erforderlich ist daher eine Aufwertung der Pflegediensttätigkeiten, um qualifiziertes Personal für die entsprechenden Berufsfelder gewinnen zu können.

Wichtig ist zudem, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass ein „Altern in Würde“ auch für Pflegebedürftige möglich ist. Es muss eine qualitativ hochwertige Versorgung und Betreuung der Heimbewohner gewährleistet werden, damit bei der hier ermittelten starken Nachfragesteigerung nach Pflegeheimplätzen die Heime nicht zu „Verwahranstalten“ werden. Da potentiell jeder von Pflegebedürftigkeit im Alter betroffen sein könnte, wäre durchaus zu erwarten, dass die Bereitschaft zur Verlagerung von Ressourcen in diesen Bereich in der Gesellschaft vorhanden ist. Neben der Prüfung des gesellschaftlichen Konsenses hierüber kommt der Politik die Aufgabe zu, die konkrete Ausgestaltung der Finanzierung zu lösen.

Übersicht

Pflegebedürftigkeit: Definition, Abgrenzung und Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, XI. Buch

Definition der Pflegebedürftigkeit (§ 14 Abs. 1-3)	Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Zu den Krankheiten oder Behinderungen zählen: Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen. Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.		
	Pflegestufe 1 Erheblich Pflegebedürftige	Pflegestufe 2 Schwerpflegebedürftige	Pflegestufe 3 Schwerstpflegebedürftige
Stufen der Pflegebedürftigkeit (§ 15 Abs. 1)	Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen	Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen	Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen
Täglicher durchschnittlicher Mindestzeitaufwand im ambulanten Bereich (§ 15 Abs. 3)	90 Minuten davon mehr als 45 Minuten für die Grundpflege	drei Stunden davon mindestens zwei Stunden für die Grundpflege	fünf Stunden davon mindestens vier Stunden für die Grundpflege
Monatliches Pflegegeld bei häuslicher Pflege (§ 37 Abs. 1, 3 ¹⁾)	DM 400,--	DM 800,--	DM 1 300,--
Pflegesachleistungen (§ 36 Abs. 3, 4 ²⁾)	Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von: DM 750,-- DM 1 800,-- DM 2 800,--		
Kombination von Geld- und Sachleistung (Kombinationsleistung) (§ 38)	Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Abs. 3 und 4 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37. Das Pflegegeld wird um den Vorhundertersatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- oder Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.		
Teilstationäre Pflege (§ 41 Abs. 1-3)	Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, im Wert bis zu monatlich: DM 750,-- DM 1 800,-- DM 2 800,--		
Kurzzeitpflege (§ 42 Abs. 1 u.2)	Kann die häusliche Pflege für eine Übergangszeit im Anschluß an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen zeitweise nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden, besteht Anspruch auf Kurzzeitpflege für vier Wochen und einen Gesamtbetrag von DM 2 800,-- pro Kalenderjahr.		
Vollstationäre Pflege § 43 Abs. 1-4	Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Zur Zeit werden Aufwendungen pauschal ersetzt und zwar in Höhe von monatlich: DM 2 000,-- DM 2 500,-- DM 2 800,-- DM 3 300,-- für Härtefälle ³⁾ Insgesamt darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 % des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen.		
1) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Abs. 1 beziehen, sind verpflichtet, in den Pflegestufen I und II mindestens einmal halbjährlich und in der Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich einen Pflegeeinsatz durch eine Pflegeeinrichtung, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, abzurufen. Die Pflegeeinsätze dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung des Pflegeeinsatzes ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen Versicherungsunternehmen, zu tragen und beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu DM 30,-- und in der Pflegestufe III bis zu DM 50,--. 2) Bei Härtefällen bis zu DM 3 750,--, jedoch nicht mehr als für 3 % der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bei der jeweiligen Pflegekasse.- 3) Bei außergewöhnlich hohem und intensivem Pflegeaufwand, jedoch nicht mehr als für 5 % aller versicherten Pflegebedürftigen der jeweiligen Pflegekasse.			

Tabelle 1

Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Deutschland
in 1000

	1991	1992	1993	1994 ¹⁾	1995	1996	1997	1998
Hilfe zur Pflege zusammen ¹⁾	655	675	660	563	580	426	328	289
Ambulant ¹⁾	-	-	-	239	214	95	88	85
Pflegegeld bei erheblicher Pflegebedürftigkeit	-	-	-	95	84	30	25	22
Pflegegeld bei schwerer Pflegebedürftigkeit	-	-	-	57	58	20	20	19
Pflegegeld bei schwerster Pflegebedürftigkeit	-	-	-	63	50	20	19	15
Andere Leistungen	-	-	-	38	47	38	40	42
Teilstationär	-	-	-	4	4	3	2	2
Vollstationär	-	-	-	327	361	331	239	203
<p>*) Empfänger / Empfängerinnen, die Hilfe verschiedener Art erhielten, wurden bei jeder Hilfeart gezählt.- Ohne Angaben für Bremen und Hamburg; die Meldungen aus Niedersachsen waren unvollständig.</p> <p>1) Mehrfachzählungen sind nur insoweit ausgeschlossen, als sie aufgrund der Meldungen erkennbar waren.</p> <p>Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistische Jahrbücher.</p>								

Tabelle 2

**Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung am Jahresende
absolut**

	1995	1996	1997	1998	1999
	Soziale Pflegeversicherung				
Zusammen	1 061 418	1 546 746	1 660 710	1 738 118	1 826 362
Ambulant insgesamt	1 061 418	1 162 184	1 198 103	1 226 715	1 280 379
Pflegestufe I	-	508 462	568 768	616 506	668 314
Pflegestufe II	-	507 329	486 338	471 906	472 189
Pflegestufe III	-	146 393	142 997	138 303	139 876
Stationär ¹⁾ insgesamt	-	384 562	462 607	511 403	545 983
Pflegestufe I	-	111 856	159 467	187 850	203 950
Pflegestufe II	-	162 818	189 862	210 525	226 657
Pflegestufe III	-	109 888	113 278	113 028	115 376
Leistungsarten ²⁾ insgesamt	1 068 695	1 562 090	1 727 414	1 794 664	1 888 505
Pflegegeld	887 403	943 878	971 939	962 669	982 877
Pflegetaschengeld	82 790	105 879	119 428	133 895	152 648
Kombinationsleistung	82 293	135 305	157 543	171 764	192 556
Urlaubspflege	10 783	6 805	3 716	4 070	5 716
Tages- u. Nachtpflege	1 777	3 639	5 065	6 774	8 673
Kurzzeitpflege	3 649	5 731	5 633	6 199	7 146
Vollstationäre Pflege	-	355 142	425 682	452 750	485 014
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	-	5 711	38 408	56 543	53 875
Altersgruppen insgesamt	1 061 418	1 546 746	1 660 710	1 738 118	1 826 362
0 bis unter 60 Jahre	223 981	269 331	305 356	322 692	335 213
60 bis unter 70 Jahre	114 787	155 305	167 735	176 315	187 473
70 bis unter 80 Jahre	204 391	311 268	349 125	386 379	414 472
80 bis unter 90 Jahre	401 053	609 716	615 651	609 772	622 180
90 Jahre und älter	117 206	201 126	222 843	242 960	267 024
	Private Pflegeversicherung				
Zusammen	45 015	89 107	88 377	96 968	102 947
Ambulant ³⁾ insgesamt	45 015	89 107	62 703	69 658	71 221
Pflegestufe I	17 763	30 726	28 370	31 856	33 779
Pflegestufe II	19 382	33 980	24 020	27 102	27 172
Pflegestufe III	7 871	24 401	10 314	10 700	10 271
Stationär insgesamt	-	-	25 674	27 310	31 726
Pflegestufe I	-	-	5 774	6 480	7 247
Pflegestufe II	-	-	10 621	11 767	14 254
Pflegestufe III	-	-	9 279	9 063	10 224
Altersgruppen insgesamt	45 015	89 107	88 377	96 968	102 947
0 bis unter 60 Jahre	6 817	12 000	11 888	13 095	13 313
60 bis unter 70 Jahre	4 406	6 732	6 572	7 279	7 866
70 bis unter 80 Jahre	9 862	17 843	18 461	21 555	23 660
80 bis unter 90 Jahre	17 571	35 675	34 181	36 476	38 602
90 Jahre und älter	6 359	16 857	17 275	18 563	19 506
1) 1996 nur 2. Halbjahr wegen Beginn der stationären Leistungen ab 1.7.1996.- 2) Im Jahresdurchschnitt. Doppelzählungen möglich.- 3) 1996 überwiegend ambulant, da es ab 1.7.1996 Probleme mit der Datenerfassung der stationären Leistungen gab.					
Quellen: Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln.					

noch Tabelle 2

Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung am Jahresende
Struktur in %

	1995	1996	1997	1998	1999
Soziale Pflegeversicherung					
Zusammen (absolut)	1 061 418	1 546 746	1 660 710	1 738 118	1 826 362
Ambulant insgesamt	100,0	75,1	72,1	70,6	70,1
Pflegestufe I	-	32,9	34,2	35,5	36,6
Pflegestufe II	-	32,8	29,3	27,2	25,9
Pflegestufe III	-	9,5	8,6	8,0	7,7
Stationär ¹⁾ insgesamt	-	24,9	27,9	29,4	29,9
Pflegestufe I	-	7,2	9,6	10,8	11,2
Pflegestufe II	-	10,5	11,4	12,1	12,4
Pflegestufe III	-	7,1	6,8	6,5	6,3
Leistungsarten ²⁾ insgesamt	100,7	101,0	104,0	103,3	103,4
Pflegegeld	83,6	61,0	58,5	55,4	53,8
Pfleagesachleistungen	7,8	6,8	7,2	7,7	8,4
Kombinationsleistung	7,8	8,7	9,5	9,9	10,5
Urlaubspflege	1,0	0,4	0,2	0,2	0,3
Tages- u. Nachtpflege	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5
Kurzzeitpflege	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4
Vollstationäre Pflege	-	23,0	25,6	26,0	26,6
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	-	0,4	2,3	3,3	2,9
Altersgruppen insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 bis unter 60 Jahre	21,1	17,4	18,4	18,6	18,4
60 bis unter 70 Jahre	10,8	10,0	10,1	10,1	10,3
70 bis unter 80 Jahre	19,3	20,1	21,0	22,2	22,7
80 bis unter 90 Jahre	37,8	39,4	37,1	35,1	34,1
90 Jahre und älter	11,0	13,0	13,4	14,0	14,6
Private Pflegeversicherung					
Zusammen (absolut)	45 015	89 107	88 377	96 968	102 947
Ambulant ³⁾ insgesamt	100,0	100,0	70,9	71,8	69,2
Pflegestufe I	39,5	34,5	32,1	32,9	32,8
Pflegestufe II	43,1	38,1	27,2	27,9	26,4
Pflegestufe III	17,5	27,4	11,7	11,0	10,0
Stationär insgesamt	-	-	29,1	28,2	30,8
Pflegestufe I	-	-	6,5	6,7	7,0
Pflegestufe II	-	-	12,0	12,1	13,8
Pflegestufe III	-	-	10,5	9,3	9,9
Altersgruppen insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 bis unter 60 Jahre	15,1	13,5	13,5	13,5	12,9
60 bis unter 70 Jahre	9,8	7,6	7,4	7,5	7,6
70 bis unter 80 Jahre	21,9	20,0	20,9	22,2	23,0
80 bis unter 90 Jahre	39,0	40,0	38,7	37,6	37,5
90 Jahre und älter	14,1	18,9	19,5	19,1	18,9

1) 1996 nur 2. Halbjahr wegen Beginn der stationären Leistungen ab 1.7.1996.- 2) Im Jahresdurchschnitt. Doppelzählungen möglich.- 3) 1996 überwiegend ambulant, da es ab 1.7.1996 Probleme mit der Datenerfassung der stationären Leistungen gab.
Quellen: Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln.

Tabelle 3

Prävalenzraten nach Altersgruppen, Pflegestufen und Geschlecht 1999 ¹⁾
in %

Altersgruppen von ... bis unter ... Jahren	Pflegestufe I			Pflegestufe II			Pflegestufe III			Insgesamt		
	Männer	Frauen	Ins- gesamt	Männer	Frauen	Ins- gesamt	Männer	Frauen	Ins- gesamt	Männer	Frauen	Ins- gesamt
Ambulant und teilstationär												
0 - 60 Jahre	0,20	0,18	0,19	0,18	0,16	0,17	0,08	0,07	0,08	0,46	0,41	0,44
60 - 70 Jahre	0,86	0,81	0,83	0,69	0,54	0,61	0,20	0,14	0,17	1,75	1,49	1,61
70 - 75 Jahre	1,85	2,07	1,98	1,56	1,19	1,34	0,44	0,28	0,35	3,85	3,55	3,67
75 - 80 Jahre	3,43	4,26	3,99	2,76	2,17	2,37	0,76	0,52	0,60	6,95	6,96	6,95
80 - 85 Jahre	6,21	8,50	7,83	4,80	4,31	4,45	1,23	1,00	1,07	12,24	13,81	13,35
85 - 90 Jahre	10,16	13,30	12,52	7,69	8,12	8,01	1,83	1,98	1,94	19,68	23,40	22,47
90 Jahre u.ä.	12,98	15,24	14,74	11,64	14,39	13,78	2,88	4,31	3,99	27,50	33,94	32,51
Insgesamt	0,58	1,12	0,85	0,48	0,73	0,61	0,15	0,21	0,18	1,21	2,06	1,65
Vollstationär												
0 - 60 Jahre	0,09	0,07	0,08	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,12	0,10	0,11
60 - 70 Jahre	0,23	0,17	0,20	0,15	0,14	0,15	0,08	0,09	0,09	0,47	0,40	0,43
70 - 75 Jahre	0,31	0,39	0,35	0,34	0,48	0,42	0,17	0,27	0,23	0,82	1,14	1,01
75 - 80 Jahre	0,52	0,99	0,84	0,71	1,36	1,15	0,37	0,70	0,60	1,60	3,06	2,58
80 - 85 Jahre	1,07	2,40	2,02	1,56	3,35	2,83	0,73	1,64	1,37	3,36	7,39	6,22
85 - 90 Jahre	2,44	4,84	4,24	3,35	7,10	6,17	1,38	3,31	2,83	7,17	15,26	13,25
90 Jahre u.ä.	4,14	7,29	6,59	6,06	13,99	12,23	2,29	7,41	6,28	12,48	28,70	25,10
Insgesamt	0,16	0,35	0,26	0,12	0,46	0,29	0,06	0,24	0,15	0,34	1,05	0,70
Insgesamt												
0 - 60 Jahre	0,29	0,25	0,27	0,20	0,18	0,19	0,10	0,09	0,09	0,59	0,51	0,55
60 - 70 Jahre	1,09	0,98	1,03	0,84	0,68	0,76	0,28	0,23	0,26	2,21	1,89	2,05
70 - 75 Jahre	2,16	2,46	2,33	1,89	1,68	1,77	0,62	0,55	0,58	4,67	4,69	4,68
75 - 80 Jahre	3,95	5,26	4,83	3,47	3,53	3,51	1,13	1,22	1,19	8,56	10,02	9,54
80 - 85 Jahre	7,28	10,90	9,85	6,35	7,66	7,28	1,97	2,64	2,44	15,60	21,20	19,57
85 - 90 Jahre	12,60	18,14	16,76	11,04	15,22	14,18	3,21	5,29	4,77	26,85	38,66	35,72
90 Jahre u.ä.	17,12	22,54	21,34	17,70	28,38	26,01	5,16	11,72	10,26	39,98	62,64	57,61
Insgesamt	0,73	1,47	1,11	0,60	1,19	0,90	0,22	0,45	0,34	1,55	3,11	2,35

1) Anteil der Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung an der Bevölkerung in den jeweiligen Altersgruppen.
Quellen: Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln; Berechnungen des DIW.

Tabelle 4

Bevölkerungsentwicklung in Deutschland 1999 bis 2050

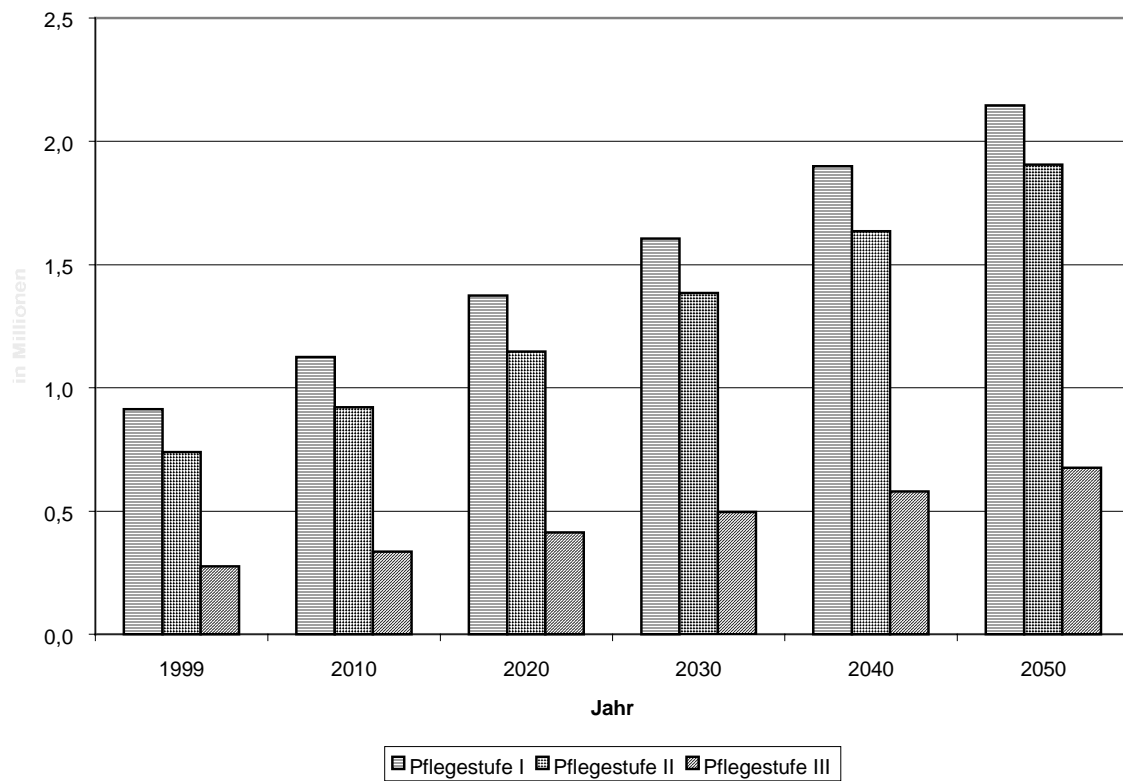
Altersgruppen von ... bis unter ... Jahren	1999	2010	2020	2050
	Bestand in Millionen			
0 - 60	63,28	60,70	56,54	41,86
60 - 70	9,54	9,22	11,38	10,58
70 - 75	3,55	4,89	4,25	4,75
75 - 80	2,85	3,24	3,64	4,45
80 - 85	1,30	2,39	3,48	4,93
85 - 90	1,14	1,41	1,78	3,88
90 u.ä.	0,50	0,62	0,99	2,55
Insgesamt	82,16	82,46	82,05	73,00
	Altersstruktur in %			
0 - 60	77,0	73,6	68,9	57,3
60 - 70	11,6	11,2	13,9	14,5
70 - 75	4,3	5,9	5,2	6,5
75 - 80	3,5	3,9	4,4	6,1
80 - 85	1,6	2,9	4,2	6,7
85 - 90	1,4	1,7	2,2	5,3
90 u.ä.	0,6	0,7	1,2	3,5
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0
	2010/1999	2020/2010	2020/1999	2050/1999
	Veränderung in Millionen			
0 - 60	- 2,58	- 4,17	- 6,75	- 21,42
60 - 70	- 0,33	2,16	1,83	1,04
70 - 75	1,34	- 0,64	0,70	1,20
75 - 80	0,39	0,39	0,78	1,60
80 - 85	1,09	1,10	2,18	3,63
85 - 90	0,27	0,37	0,64	2,75
90 u.ä.	0,12	0,37	0,49	2,05
Insgesamt	0,30	- 0,41	- 0,11	- 9,16
	Veränderung in %			
0 - 60	- 4,1	- 6,9	- 10,7	- 33,8
60 - 70	- 3,4	23,4	19,2	10,9
70 - 75	37,6	- 13,1	19,6	33,7
75 - 80	13,7	12,2	27,5	56,1
80 - 85	83,5	46,0	167,9	279,0
85 - 90	23,5	26,5	56,2	241,3
90 u.ä.	24,3	60,5	99,4	412,3
Insgesamt	0,4	- 0,5	- 0,1	- 11,1
Quellen: Statistisches Bundesamt; Bevölkerungsvorausschätzung des DIW (Variante II B).				

Tabelle 5

Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger ¹⁾ 1999 bis 2050

Altersgruppen von ... bis unter ... Jahren	1999	2010	2020	2050
	in 1000			
0 - 60	348,5	341,7	329,0	240,9
60 - 70	195,3	195,4	238,2	225,7
70 - 75	166,3	228,8	198,9	222,2
75 - 80	271,9	304,4	340,9	415,3
80 - 85	254,4	455,7	658,5	921,5
85 - 90	406,4	498,6	611,1	1 311,5
90 u.ä.	286,5	357,7	559,1	1 390,9
Insgesamt	1 929,3	2 382,3	2 935,7	4 728,0
	Altersstruktur in %			
0 - 60	18,1	14,3	11,2	5,1
60 - 70	10,1	8,2	8,1	4,8
70 - 75	8,6	9,6	6,8	4,7
75 - 80	14,1	12,8	11,6	8,8
80 - 85	13,2	19,1	22,4	19,5
85 - 90	21,1	20,9	20,8	27,7
90 u.ä.	14,9	15,0	19,0	29,4
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0
	2010/1999	2020/2010	2020/1999	2050/1999
	Veränderung in 1000			
0 - 60	- 6,9	- 12,7	- 19,5	- 107,6
60 - 70	0,1	42,7	42,8	30,4
70 - 75	62,5	- 29,9	32,6	56,0
75 - 80	32,5	36,5	69,0	143,4
80 - 85	201,3	202,8	404,1	667,1
85 - 90	92,2	112,5	204,7	905,1
90 u.ä.	71,2	201,4	272,6	1 104,4
Insgesamt	453,0	553,4	1 006,3	2 798,7
	Veränderung in %			
0 - 60	- 2,0	- 3,7	- 5,6	- 30,9
60 - 70	0,1	21,9	21,9	15,5
70 - 75	37,6	- 13,1	19,6	33,7
75 - 80	12,0	12,0	25,4	52,7
80 - 85	79,1	44,5	158,9	262,2
85 - 90	22,7	22,6	50,4	222,7
90 u.ä.	24,8	56,3	95,1	385,4
Insgesamt	23,5	23,2	52,2	145,1
1) Leistungsempfänger der privaten und sozialen Pflegeversicherung. Quellen: Statistisches Bundesamt; Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln; Bevölkerungsvoraus- schatzung des DIW (Variante II B).				

Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung Variante II B



Quellen: Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln;
Berechnungen des DIW.

Tabelle 6

Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger ¹⁾ nach Pflegestufen, Unterbringung und Geschlecht

Jahre	Pfleigestufe I			Pfleigestufe II			Pfleigestufe III			Insgesamt		
	Männer	Frauen	Ins- gesamt	Männer	Frauen	Ins- gesamt	Männer	Frauen	Ins- gesamt	Männer	Frauen	Ins- gesamt
Bestand in 1000												
Ambulant und teilstationär												
1999	230,6	471,4	702,1	191,8	307,6	499,4	62,1	88,1	150,1	484,5	867,1	1 351,6
2010	303,1	567,0	870,1	248,7	364,9	613,6	76,3	101,8	178,1	628,1	1 033,7	1 661,8
2020	391,1	671,4	1 062,5	317,7	434,0	751,7	92,9	119,6	212,5	801,7	1 225,0	2 026,7
2050	625,4	1 018,7	1 644,1	507,0	681,6	1 188,6	137,4	184,5	321,9	1 269,9	1 884,8	3 154,7
Vollstationär												
1999	63,6	147,6	211,2	47,0	193,9	240,9	24,5	101,1	125,6	135,1	442,6	577,7
2010	76,8	178,4	255,2	65,4	241,6	307,1	33,2	124,9	158,2	175,5	544,9	720,5
2020	96,7	215,0	311,7	93,6	302,6	396,2	45,1	155,9	201,0	235,5	673,5	908,9
2050	151,0	351,4	502,4	178,8	538,7	717,5	79,4	274,0	353,4	409,2	1 164,0	1 573,2
Insgesamt												
1999	294,2	619,1	913,3	238,8	501,5	740,3	86,6	189,2	275,7	619,6	1 309,7	1 929,3
2010	379,9	745,4	1 125,4	314,1	606,5	920,6	109,5	226,7	336,3	803,6	1 578,6	2 382,3
2020	487,8	886,5	1 374,2	411,4	736,5	1 147,9	138,0	275,5	413,5	1 037,2	1 898,5	2 935,7
2050	776,4	1 370,1	2 146,5	685,8	1 220,3	1 906,1	216,8	458,5	675,3	1 679,1	3 048,9	4 728,0
Veränderung in %												
Ambulant und teilstationär												
2020/1999	69,6	42,4	51,3	65,7	41,1	50,5	49,7	35,7	41,5	65,5	41,3	49,9
2050/2020	59,9	51,7	54,7	59,6	57,1	58,1	47,9	54,3	51,5	58,4	53,9	55,7
2050/1999	171,2	116,1	134,2	164,3	121,6	138,0	121,4	109,5	114,4	162,1	117,4	133,4
Vollstationär												
2020/1999	52,1	45,7	47,6	99,3	56,0	64,5	84,1	54,2	60,1	74,3	52,2	57,3
2050/2020	56,1	63,4	61,2	90,9	78,0	81,1	75,9	75,7	75,8	73,8	72,8	73,1
2050/1999	137,4	138,1	137,9	280,5	177,8	197,8	224,0	171,0	181,3	202,9	163,0	172,3
Insgesamt												
2020/1999	65,8	43,2	50,5	72,3	46,9	55,1	59,5	45,6	50,0	67,4	45,0	52,2
2050/2020	59,2	54,6	56,2	66,7	65,7	66,0	57,1	66,4	63,3	61,9	60,6	61,1
2050/1999	163,9	121,3	135,0	187,2	143,3	157,5	150,5	142,4	144,9	171,0	132,8	145,1

1) Leistungsempfänger der privaten und sozialen Pflegeversicherung.
Quellen: Statistisches Bundesamt; Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln;
Bevölkerungsvorausschätzung des DIW (Variante II B).

Tabelle 7

Pflegeaufwand und Personalrelationen bei stationärer Pflege

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Pflegeaufwand je Pflegefall			
Grundpflege Min/Tag	62	119	160
Behandlungspflege Min/Tag	11	15	21
Personalanhaltszahlen ¹⁾			
Bayern	1:3,9	1:2,5	1:2,0
Brandenburg	1:4,5	1:3,3	1:2,1
Hamburg	1:4,3	1:2,53	1:1,79
Niedersachsen	1:3,65	1:2,43	1:1,82
Rheinland-Pfalz	1:4,1-4,3	1:2,7-2,9	1:1,7-1,9
Saarland	1:3,92	1:2,81	1:2,07
Schleswig-Holstein	1:4,05-6,0	1:3,05-4,0	1:2,28-2,8
	Durchschnitt aller Pflegestufen		
Vollzeitkräfte ²⁾ 1998 je 100 Heimbewohner			
Pflegepersonal		32,1	
Therapeutisches Personal		1,2	
Zvildienstleistende		2,2	
Hauswirtschaftliches Personal		10,4	
Verwaltungspersonal		2,6	
Insgesamt		48,5	
1) Betreuungspersonal zu Pflegebedürftigen.- 2) In Vollzeit umgerechnete Arbeitskräfte. Quelle: Ulrich Schneekloth und Udo Müller: Wirkungen der Pflegeversicherung, Baden-Baden 2000, S. 148, 152 und 165 sowie die dort angegebene Literatur.			

Tabelle 8

Struktur der Pflegepersonen in Privathaushalten
in %

Verwandschaftsbeziehung:	(Ehe-)Partnerin	20
	(Ehe-)Partner	12
	Mutter / Vater	13
	Tochter / Schwiegertochter	33
	Sohn / Schwiegersohn	5
	Sonstige Verwandte	10
	Nachbar / Bekannte	7
Geschlecht:	Männlich	20
	Weiblich	80
Alter:	bis 39 Jahre	15
	40 bis 64 Jahre	53
	65 bis 79 Jahre	27
	80 Jahre und älter	5
Durchschnittlicher Zeitaufwand für die Pflege Std./Wo.:		46
Empfundene Belastung:	Sehr stark	40
	Eher stark	43
	Eher wenig	12
	Gar nicht	2
Quelle: Ulrich Schneekloth und Udo Müller: Wirkungen der Pflegeversicherung, Baden-Baden 2000, S. 52 ff.		

Tabelle 9

Erwerbsbeteiligung von deutschen Frauen

Alter von ... bis unter ... Jahren	Erwerbsquoten ¹⁾								
	Westdeutschland				Ostdeutschland				Deutschland
	Insgesamt		Verheiratet		Insgesamt		Verheiratet		Insgesamt
	1992	1999	1992	1999	1992	1999	1992	1999	2020
15 - 20	34,6	27,9	60,4	50,7	42,8	42,7	/	/	35,0
20 - 25	75,0	70,8	68,3	63,0	84,8	84,6	93,2	78,4	78,0
25 - 30	74,7	79,3	65,2	71,0	95,2	91,4	96,3	87,9	85,0
30 - 35	69,2	77,3	61,8	69,9	97,3	97,1	97,8	92,6	82,0
35 - 40	71,5	76,5	66,6	71,6	97,3	97,4	97,5	94,0	83,0
40 - 45	73,6	78,8	69,6	75,4	96,7	96,9	96,9	95,8	85,0
45 - 50	69,7	77,5	65,7	74,3	95,8	96,1	95,8	93,7	82,0
50 - 55	60,9	70,0	57,0	66,9	90,3	93,2	90,5	89,2	73,0
55 - 60	45,3	53,5	40,8	49,7	27,1	83,3	26,5	75,6	59,0
60 - 65	11,7	14,3	10,5	13,1	2,7	21,4	2,8	6,5	25,0
15 - 65	60,1	62,9	55,9	60,8	74,7	80,4	79,1	78,8	67,3
65 - 70	4,0	4,2	3,7	3,5	/	3,7	/	/	6,0
70 - 75	1,9	2,0	2,0	2,1	/	/	/	/	3,0
75 u.ä.	0,7	0,6	/	0,9	/	/	/	/	1,0
15 u.ä.	45,7	47,4	48,1	50,6	58,8	68,4	70,3	65,9	46,8
Insgesamt	39,4	40,7	48,1	50,6	48,4	58,6	70,3	65,9	41,9

1) Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung.
 Quellen: Statistisches Bundesamt, Ergebnisse des Mikrozensus; Vorausschätzungen des DIW.

Tabelle 10

Pflegepersonen im Alter von 16 bis 64 Jahren

	Deutsch- land	West-	Ost-
		deutschland	
Aktueller Erwerbsstatus			
Nicht erwerbstätig	64	65	56
Geringfügig beschäftigt	8	9	2
Teilzeit bis unter 30 Std./Wo.	13	13	11
Mehr als 30 Std./Wo.	16	12	31
Konsequenzen der Pflege für die eigene Erwerbstätigkeit			
Zu Beginn der Pflege nicht erwerbstätig	39	41	31
Erwerbstätigkeit wegen der Pflege aufgegeben	16	17	11
Erwerbstätigkeit eingeschränkt	14	14	13
Erwerbstätigkeit unverändert fortgesetzt	29	26	43
Keine Angabe	2	2	2
Quelle: Ulrich Schneekloth und Udo Müller: Wirkungen der Pflegeversicherung, Baden-Baden 2000, S. 52 ff.			

Tabelle 11

Pflegepersonenpotential und Betreuungsquoten
in 1000

	1999	2010	2020	2030	2040	2050
Frauen im Alter von 40-65 Jahren						
Erwerbspersonen	8 015,3	9 322,2	9 141,4	8 081,3	7 383,6	6 464,0
Nichterwerbspersonen	5 656,7	5 802,5	5 650,8	5 199,5	4 488,1	4 303,6
Insgesamt	13 672,0	15 124,7	14 792,2	13 280,8	11 871,7	10 767,6
Anteil der Nichterwerbs- personen in %	41,4	38,4	38,2	39,2	37,8	40,0
Frauen im Alter von 65-80 Jahren						
Insgesamt	6 121,4	6 842,1	7 070,9	8 897,8	8 937,6	7 360,6
Ohne Pflegefälle	5 648,6	6 473,4	6 690,1	8 425,0	8 464,8	6 828,5
Männer im Alter von 65-80 Jahren						
Insgesamt	4 311,1	5 746,7	6 037,6	7 917,0	8 160,2	6 977,4
Ohne Pflegefälle	4 106,5	5 461,3	5 737,0	7 528,7	7 717,3	6 615,9
Frauen im Alter von 80 Jahren u.ä.						
Insgesamt	2 189,2	3 009,0	3 912,6	4 309,6	5 432,8	6 655,4
Ohne Pflegefälle	1 420,9	1 989,4	2 587,8	2 709,5	3 485,7	4 165,9
Männer im Alter von 80 Jahren u.ä.						
Insgesamt	773,2	1 399,5	2 338,4	2 688,6	3 654,0	4 701,4
Ohne Pflegefälle	594,2	1 107,1	1 834,4	2 050,5	2 809,1	3 567,0
Pflegefälle insgesamt	1 929,3	2 382,3	2 935,7	3 487,8	4 112,9	4 728,0
Männer	619,6	803,6	1 037,2	1 240,7	1 480,4	1 679,1
Frauen	1 309,7	1 578,6	1 898,5	2 247,1	2 632,5	3 048,9
Ambulante Pflegefälle						
Insgesamt	1 351,6	1 661,8	2 026,7	2 380,2	2 798,0	3 154,7
65 - 80 Jahre	415,5	502,1	522,5	661,6	746,0	596,6
80 Jahre u.ä.	590,9	831,5	1 169,4	1 412,6	1 779,7	2 301,1
	Belastungsquoten in %					
Frauen im Alter von 40-65 Jahren						
Erwerbspersonen	3,2	3,4	4,2	5,6	7,2	9,3
Nichterwerbspersonen	8,1	9,7	12,2	15,6	21,2	24,9
Insgesamt	5,2	5,8	7,3	9,5	12,5	15,5
Frauen im Alter von 65-80 Jahren						
Ohne Pflegefälle	4,8	5,1	6,1	5,7	6,6	9,2
Männer im Alter von 65-80 Jahren						
Ohne Pflegefälle	2,3	2,1	2,5	2,2	2,5	3,3
Frauen im Alter von 80 Jahren u.ä.						
Ohne Pflegefälle	4,8	4,2	3,9	4,4	4,0	3,8
Männer im Alter von 80 Jahren u.ä.						
Ohne Pflegefälle	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Quellen: Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln; Berechnungen des DIW.						

Tabelle 12

**Bevölkerung nach Altersgruppen
und Familienstand in Deutschland
1991 und 1998**

in % aller Personen einer Altersgruppe

Altersgruppen von ... bis unter ... Jahren	1991		1998	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.
	Ledig			
70 - 75	2,9	8,4	3,4	8,1
75 - 80	3,1	7,7	2,8	8,6
80 - 85	3,5	8,2	3,0	7,7
85 u.ä.	4,6	10,3	4,5	7,9
	Verheiratet			
70 - 75	82,9	37,9	82,0	45,6
75 - 80	74,9	22,8	77,0	28,7
80 - 85	62,6	13,2	66,8	13,7
85 u.ä.	42,2	5,5	38,9	4,8
	Verwitwet			
70 - 75	11,5	48,5	11,4	40,8
75 - 80	19,7	65,1	17,7	57,6
80 - 85	31,9	75,0	28,1	74,5
85 u.ä.	51,9	81,8	55,3	85,0
	Geschieden			
70 - 75	2,7	5,2	3,2	5,4
75 - 80	2,3	4,4	2,5	5,1
80 - 85	1,9	3,6	2,1	4,2
85 u.ä.	1,3	2,3	1,4	2,2
	Insgesamt			
70 - 75	100,0	100,0	100,0	100,0
75 - 80	100,0	100,0	100,0	100,0
80 - 85	100,0	100,0	100,0	100,0
85 u.ä.	100,0	100,0	100,0	100,0
Quellen: Statistisches Bundesamt; Berechnungen des DIW.				